

Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde

Evidence of the public-private mix in healthcare systems in countries with duplicated coverage: greater inequities and segmentation in National Health Systems

Isabela Soares Santos¹

Abstract *This paper seeks to identify the potential negative effects of private health insurance on the universality of National Health Systems. It systematizes the operational concepts of the public-private mix model and presents the results from international research into duplicated and supplementary coverage that shows that universality is negatively affected by inequities derived from duplicated coverage though not from supplementary coverage. It demystifies the supplementary nature of private health insurance as the villain in the Brazilian healthcare system and recommends that public policies should be fully oriented to improving the public health system instead of private health insurance.*

Key words *Health Policy, Regulation, Private health insurance, Public-private mix, Duplicated coverage*

Resumo *Com o objetivo de identificar possíveis efeitos negativos dos seguros privados na universalidade de sistemas nacionais de saúde, o artigo sistematiza conceitos operacionais da tipologia de mix público-privado, apresenta resultados de estudos internacionais sobre coberturas suplementar e duplicada e mostra que a universalidade é afetada por iniquidades derivadas da cobertura duplicada e não da suplementar. Desmitifica o caráter suplementar do seguro privado como vilão do sistema de saúde brasileiro e recomenda que as políticas públicas sejam orientadas para a melhoria do sistema público, e não de seguros privados.* Palavras-chave *Política de saúde, Regulação, Planos e seguros privados, Mix público-privado, Cobertura duplicada*

¹Fundação Oswaldo Cruz.
Av. Brasil 4365, sala 13,
Pavilhão Mourisco,
Castelo, Manguinhos.
21240-360 Rio de Janeiro
RJ. isantos@ensp.fiocruz.br

Introdução

Há visões conflitantes sobre a influência dos seguros privados na universalidade dos sistemas nacionais de saúde. Por um lado, há um senso comum de que o fato de parcela da população estar segurada desoneraria os sistemas públicos pela diminuição da demanda aos seus serviços ou do gasto público com saúde. Por outro lado, há a hipótese de que o grau de expansão do seguro privado possa ser inversamente proporcional ao grau de penetração do sistema público, o qual pode se dar pela percepção de qualidade, pela facilidade de seu uso, acolhimento e pelo menor grau de confiança e adesão da população ao sistema público, o que pioraria sua qualidade.

Parto do pressuposto que as relações público-privadas podem funcionar com resultados em prol do interesse público, desde que garantida a prevalência desse sobre os privados. Mas como a existência de parcela da população com cobertura para seguro privado afeta a universalidade proporcionada pelo sistema público?

O objetivo deste artigo é identificar os possíveis efeitos dos seguros privados na universalidade e nos riscos de segmentação e consequente iniquidade dos sistemas nacionais de saúde, com foco sobre o sistema brasileiro.

Sistemas de saúde: análise comparada e arranjos público-privados

As características que diferenciam os sistemas de saúde são objeto de estudos de análise compara-

da, que buscam tipificá-los. Como mostra Connill¹, há diferentes possibilidades, como as funções de Roemer² e as de Mendes³. Aqui considero os tipos clássicos Sistema Nacional de Saúde, Seguro Social e Sistema Privado⁴.

As mudanças no setor de saúde desde a segunda metade do século passado são importantes para compreender uma abordagem mais recente de tipologia de sistema de saúde que contempla o mix público-privado. A da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE)⁵ (Quadro 1) é elaborada a partir da forma de inserção do seguro privado de saúde no sistema predominante do país. Apesar de pequenas diferenças na terminologia da tipologia da OCDE em relação a outras, estrutura e conteúdo coincidem⁶⁻¹¹.

O modelo da OCDE define que o tipo “duplicado” ocorre sempre que serviços semelhantes são cobertos pelo seguro privado e pelo sistema público (seja esse sistema nacional de saúde ou seguro social). Como a cobertura de serviços dos sistemas nacionais de saúde é ampla e comumente seu gargalo é nas consultas a especialistas, internações eletivas e serviços de apoio ao diagnóstico e à terapêutica (SADT), estes são os serviços que geralmente os seguros oferecem e têm cobertura duplicada nesses sistemas.

O mix público-privado também pode ser do tipo “suplementar”, que ocorre nos casos em que o seguro privado oferece elementos de sofisticação associados aos serviços de saúde, diferenciando-os dos do sistema público: hotelaria, requintes de luxo, cirurgia estética, possibilidade de escolha de medicamento não genérico, de procedimentos feitos com diferentes equipamentos.

Quadro 1. Tipologia do mix público-privado no sistema de saúde.

Cobertura do seguro privado	Elegibilidade universal para utilização do sistema público	
	População coberta pelo sistema público	Indivíduos não cobertos pelo sistema público
Copagamento de serviços cobertos pelo sistema público	COMPLEMENTAR (França)	–
Serviços não oferecidos pelo sistema público (extras, adicionais, hotelaria, <i>top-up</i>)	SUPLEMENTAR (Brasil, Espanha, Portugal, Reino Unido, Itália)	–
Mesmos serviços cobertos pelo sistema público	DUPLICADO (Brasil, Espanha, Portugal, Reino Unido, Itália)	PRINCIPAL (Estados Unidos) SUBSTITUTIVO (Chile, Holanda, Alemanha)

Fonte: Santos¹².

Nota: Adaptado de OCDE⁵.

O mais importante para análise do caso brasileiro é que “o seguro privado suplementar será também duplicado” sempre que o sistema público for de cobertura integral e acesso universal^{6,7}, o que ocorre nos países em que o sistema público é o nacional de saúde, como Reino Unido, Irlanda, Finlândia, Portugal, Espanha, Itália, Grécia e em nosso país, Brasil.

O seguro privado é “complementar” ao sistema público quando amplia o acesso a serviços não cobertos ou que exijam copagamento. Nos países europeus, é crescente o uso desse tipo de mecanismo para viabilizar o copagamento ao sistema público para cobrir medicamentos, serviços de saúde bucal e SADT. Atualmente existe na França, em Luxemburgo, Dinamarca, Bélgica, Alemanha, Holanda, Áustria, Suíça e nos EUA – por parte dos idosos que possuem *Medicare* e complementam a cobertura com o seguro privado e por grande parte da população que não tem recursos para despesas com copagamento do seguro privado, que nos EUA é do tipo “principal”.

Quando o indivíduo deve escolher entre o seguro privado e o sistema público, o mix vai ser do tipo “substitutivo”. É comum ocorrer em países com sistema de seguro social (Chile), para alguns serviços específicos e para populações que estão acima de determinados níveis de renda (Alemanha e na Holanda).

Métodos

Este artigo adota a referida classificação da OCDE⁵ para tipificar a análise.

Os planos e seguros privados de saúde são chamados de seguro privado para se aproximar da terminologia internacional (*private health insurance*) e porque a diferença entre o que é plano e seguro no Brasil não justifica sua discriminação para os objetivos do artigo, uma vez que seus efeitos são os mesmos para o sistema de saúde como um todo.

A escolha dos países prioriza estudos empíricos sobre arranjos similares ao brasileiro e sobre os quais foram encontradas evidências de especificidades do mesmo tipo de imbricamento. A intenção não é realizar uma revisão que esgote as características de cada sistema de saúde, mas analisar como o setor privado afeta os sistemas públicos no contexto da estrutura do mix público-privado. São apresentadas informações sobre financiamento setorial, condições de acesso e uso dos serviços.

Ainda é recente a produção teórica e empírica em âmbito internacional acerca dos efeitos do

seguro privado sobre os sistemas públicos em arranjos duplicados. Tendo em vista a adoção de uma perspectiva comparada para estudo de sistemas de saúde iberoamericanos com acesso universal, foi feita uma busca por esse tipo de sistemas. Somente foram encontradas evidências consistentes que contribuíssem na comparação para os casos espanhol e brasileiro. Por esse motivo, optou-se por incluir achados de outros países da Comunidade Europeia e da OCDE, o que inclui os programas de financiamento público dos Estados Unidos. Note-se que nesses países a cobertura por seguro privado não é tão alta como a brasileira, mas é bastante significativa, em torno de 10% em muitos desses países em 2000 (13% na Áustria, 12% em Portugal, no Reino Unido e na Espanha, 10% na Grécia)⁶.

Evidências sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada

A seguir são apresentados os principais resultados de estudos internacionais realizados a partir de pesquisas empíricas em diversos sistemas de saúde.

Extensão da cobertura

Um fator determinante da importância do seguro privado de saúde nos sistemas duplicados é a extensão da cobertura de serviços do sistema público, o que ocorre também no caso de programas públicos de atenção médica dos EUA. Embora o sistema nacional de saúde preconize uma cobertura de serviços abrangente, na prática não são ofertados todos os serviços por diversos motivos, entre eles a capacidade de financiamento (devido à limitação de recursos em todos os sistemas) e a disponibilidade da oferta de tecnologias, uma vez que o sistema público teria que estar constantemente incorporando todas as novas tecnologias para oferecer uma cesta absolutamente completa de serviços. A agilidade da criação e incorporação de novos procedimentos e serviços atribui alto grau de instabilidade à cobertura real de serviços nos sistemas públicos, de modo que nem todos estão contemplados na chamada cesta ampla ou integral. Assim, a cobertura de serviços de saúde oferecidos pelos sistemas públicos nunca é, de fato, completa, por maior que seja e mesmo se houvesse recursos para os financiarem – o que talvez seja o maior entrave.

É na lacuna de serviços não oferecidos pelo sistema público que o setor privado tende a pros-

perar. Os serviços não cobertos no sistema público – e também os cobertos, mas não em todas as condições que o usuário e o profissional de saúde desejam – tenderão a ser pelo privado, que poderá complementar a cobertura pública. Assim, concordando com Chernichovsky⁸, a extensão da cobertura dos serviços do sistema público vai definir sua relação com o setor privado.

Mesmo que o sistema de saúde dos EUA não tenha o mesmo tipo de mix que o brasileiro, existem estudos empíricos que são ilustrativos da relação entre o “espaço” ocupado pelo sistema público e o pelo seguro privado, que auxiliam a compreender a importância dos serviços cobertos pelo sistema público e da elegibilidade para usá-los. Quando se aumenta o investimento público e a cobertura populacional do programa público *Medicaid*, verificam-se efeitos dessa expansão sobre o seguro privado de saúde, com a saída de pessoas da cobertura deste, em direção a nova cobertura do *Medicaid*, e a correspondente diminuição do investimento privado realizado por indivíduos e empresas empregadoras^{9,13-15}. É o *crowdout* do seguro privado, um esvaziamento do financiamento e/ou da cobertura populacional do seguro privado em direção ao público.

As análises sobre o *crowdout* nos EUA: (1) mostram que a escolha pela cobertura pública em detrimento da do seguro privado é determinada pelo nível de renda dos indivíduos, pela possibilidade de não realizar copagamento quando de sua utilização e, sobretudo, de ampliação da cesta de serviços cobertos; e (2) corroboram a ideia de que a extensão da cobertura dos serviços do sistema público é um dos fatores determinantes do espaço ocupado pelo seguro privado no sistema de saúde como um todo.

Fila de espera, complexidade e custo

A fila de espera para ser atendido é uma das grandes preocupações da população, dos governantes e dos gestores dos sistemas nacionais de saúde. O trabalho de Tuohy *et al.*⁹ compara como ela ocorre nos sistemas públicos de países onde predomina o mix que chamam de “paralelo” e que corresponde ao aqui denominado “duplicado” (Reino Unido e a Nova Zelândia), e em países onde outros arranjos prevalecem (Canadá, Holanda e Austrália). São analisados a média do percentual da população que estava na lista de espera de 1997 a 1999; o percentual da população que em 1998 estava aguardando cirurgia eletiva na lista de espera há mais de quatro meses; e o percentual da população com seguro privado.

Os resultados da pesquisa mostram que os arranjos duplicados estão associados a: (1) longas filas de espera no sistema público, sendo estas mais extensas e demoradas que as dos sistemas de saúde com outro tipo de mix público-privado; e (2) tendência de maior concentração, no sistema público, de casos mais complexos e que representam maior custo por paciente, devido a maior dificuldade ou menor interesse de pagamento desses serviços pelo setor privado.

Os estudos de Colombo e Tapay⁷ e da OCDE⁵ apresentam resultados semelhantes. Mostram que nos sistemas duplicados o tempo de espera para uso de serviços, sobretudo de cirurgias eletivas, é menor por meio de seguros privados que nos sistemas nacionais de saúde. Além disso, verificam que nos sistemas duplicados as pessoas com seguro privado tendem a continuar usando o sistema público para os serviços mais custosos. E, mais importante, não encontram evidência de que o tempo de espera dos sistemas públicos possa ser diminuído devido à existência do seguro privado.

Tuohy *et al.*⁹ relacionam a iniquidade no acesso e no uso de serviços ao poder de compra que o usuário tem (seja pelo pagamento direto ao prestador ou por meio do seguro privado). Concluem que o mix duplicado não contribui para a diminuição da lista de espera do sistema público e que, como o setor privado aumenta a lista de espera pública e torna sua composição mais complexa do ponto de vista do cuidado de saúde e do custo que representa, a atuação do setor privado nesse tipo de mix público-privado se dá retirando recursos do sistema público. Para eles, além da coexistência do setor privado não desonerar o financiamento do sistema de saúde como um todo, o arranjo duplicado pode fazer com que o setor privado aumente a ineficiência do sistema público pelo trânsito de pacientes nos dois fluxos.

Padrão de uso

Especificidades do mix duplicado também podem ser observadas no padrão de uso de serviços. Alguns autores¹⁶⁻¹⁹ mostraram que no sistema de saúde espanhol (arranjo duplicado) a população com cobertura duplicada utiliza mais consultas médicas que a sem. Além disso, essa população utiliza mais os serviços dos especialistas que dos generalistas, sendo que ocorre o oposto com a população sem cobertura duplicada.

Fonte de remuneração e comportamento médico

O padrão de uso também é diferenciado segundo a fonte de remuneração dos médicos. Os pacientes que têm acesso apenas ao sistema público vão majoritariamente a médicos generalistas com vínculo público, enquanto os que têm acesso exclusivo ao sistema privado a médicos especialistas com vínculo privado. Entretanto, as pessoas que têm cobertura duplicada usam de forma distinta os dois setores, pois a escolha do setor público é proporcionalmente maior para visitar o generalista e a do privado é maior quando precisam de um especialista¹⁶.

O comportamento do profissional de saúde influencia o uso de serviços de forma diferenciada nos sistemas duplicados. González¹⁹ desenvolve um modelo que considera os médicos espanhóis com vínculo de trabalho nos setores público e privado e remunerados pelos dois vínculos, cujos tempo de trabalho e remuneração são fixos no setor público e não no setor privado. A pesquisa considera pacientes na lista de espera para tratamentos eletivos e com cobertura do seguro privado. Mostra que a administração do paciente na lista tende a ser realizada em benefício do médico, que faz uma seleção de risco dos casos menos complexos e menos custosos para o atendimento privado, deixando para o sistema público atender aos casos mais complexos e que representam maiores custos.

Para a autora¹⁹, o comportamento médico é influenciado pela diferente forma de pagamento que tem no setor público e no privado, pois naquele ele tem os custos do atendimento cobertos e é pago independentemente da quantidade e da complexidade dos casos que trata, quando no setor privado é remunerado em função da produção e, ainda, recebe parte dos lucros do hospital, seja diretamente (se sócio do hospital) ou indiretamente (pela melhor receita do hospital).

O comportamento médico também explica o achado de Tuohy *et al.*⁹ sobre os casos mais complexos e os mais custosos tenderem a ser resolvidos no sistema público nos arranjos duplicados. Para eles, esse fenômeno é consequência dos incentivos que os médicos têm sobre seu comportamento, em que orientam a produção para o tipo de financiamento que lhes corresponda à maior possibilidade de ganho, o que ocorre com maior frequência entre os com dupla jornada (assalariados no sistema público e remunerados por ato médico no setor privado).

Outros trabalhos corroboram a análise do comportamento médico ser em parte determi-

nado por incentivos que os médicos têm sobre a sua prática clínica e por desejos e necessidades do paciente²⁰⁻²³. Portanto, como afirma Saltman²⁴, a atuação do médico deve ser fortemente considerada na organização do sistema de saúde, pelo poder de influência no sistema público com a lógica privada.

Renda e variáveis socioeconômicas

Em todos os casos até aqui discutidos, a posse de seguro privado está associada à renda e ao diferente uso de especialistas e generalistas em sistemas duplicados, o que também é corroborado pelos resultados de van Doorslaer *et al.*²⁵ (14 países da OCDE e 12 membros da União Europeia, Canadá, EUA) e de Jones *et al.*²⁰ (Irlanda, Reino Unido, Itália e Portugal): quanto maior a renda, maior a posse de seguro privado e maior a quantidade de visitas a especialistas. Quanto menor a renda, menor será a posse de seguro privado e maior será a quantidade de visitas a generalista. Esse padrão de uso expressa a iniquidade no uso de especialistas em favor dos ricos, uma vez que são os que mais têm cobertura duplicada.

Discussão

Os resultados desses estudos internacionais evidenciam que a cobertura duplicada: (1) contribui para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços; (2) incentiva o desenvolvimento do setor privado nos serviços em que a população tem dificuldade de acesso no sistema público, geralmente consultas a especialistas, cirurgias eletivas, SADT e medicamentos; (3) não diminui a pressão da demanda por serviços do sistema público e, tampouco, no financiamento desse sistema e; (4) não contribui para a preservação dos objetivos gerais do sistema de saúde – de universalidade, integralidade e equidade, de colaboração positiva aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do próprio sistema de saúde e a objetivos sociais, como a melhoria das condições de vida da população. Ao contrário, corrói esses objetivos.

A importância do seguro privado no sistema de saúde vai ser inversamente proporcional à do sistema público, e a extensão da cobertura de serviços públicos determina a da cesta do privado, portanto quantidade e tipo de gasto privado. Influencia, assim, a relação entre o sistema público e o seguro privado^{5,8,20,25,26}. Contudo, as políticas públicas dos países com cobertura du-

uplicada devem ter em conta os problemas característicos desse tipo de mix público-privado quando da definição de quais serviços não serão ofertados pelo sistema público.

Foi mostrado que os seguros privados afetam por diferentes maneiras e magnitudes o sistema de saúde no seu conjunto, nos casos de duplicação descritos e comentados. Com o que esses resultados da bibliografia internacional contribuem para refletir sobre os possíveis efeitos dos seguros privados na universalidade do sistema de saúde brasileiro e nos riscos de segmentação e na iniquidade do sistema?

Levando-se em conta os resultados de estudos brasileiros que mostram absoluta desigualdade no sistema de saúde e os dos internacionais sobre os efeitos desse tipo de arranjo público-privado no sistema de saúde de outros países, deve-se considerar a possibilidade de, no caso brasileiro, o segmento suplementar não desonerar o SUS, mas sim sobrecarregá-lo devido à própria duplicação, que se soma a outras sobrecargas estruturais não objeto desse artigo, entre elas o subfinanciamento do sistema e o subsídio fiscal.

O sistema público de saúde brasileiro (Sistema Único de Saúde, SUS) é um sistema nacional de saúde, cujos princípios são o direito à saúde para todos, integralidade, acesso gratuito aos serviços e financiamento por meio de tributos. O SUS cobre serviços em todos os níveis de atenção e é responsável por uma importante produção de serviços de saúde, cuja cobertura vem aumentando desde sua criação²⁷. Houve um importante avanço no uso de serviços de atenção básica, tratamentos hospitalares e exames de alta complexidade fornecidos pelo SUS²⁸.

Ao mesmo tempo, o SUS possui pontos de estrangulamento, como a baixa oferta de SADT, frequente impossibilidade de agendamento do serviço e de escolha do prestador, hotelaria precária, dificuldade de acesso aos serviços e, grande tempo em lista de espera para cirurgias eletivas, SADT e consultas à especialistas^{12,29}.

Entretanto, o SUS herdou do período anterior um forte e crescente segmento de prestadores e empresas de seguros privados, configurando um complexo mix público-privado em que os prestadores disputam os clientes que apresentam maior possibilidade de ganho, organizando a oferta de acordo com a remuneração desde o seguro que paga mais até o que paga menos, e, geralmente por último, o cliente cujo atendimento será financiado pelo SUS. Hoje um segmento consolidado, os seguros privados oferecem acesso à hotelaria e outros serviços de difícil acesso

no SUS, como saúde bucal e reabilitação, além de acesso mais rápido aos serviços de consultas e exames e da possibilidade de agendamento do atendimento e de escolha do prestador. As diferentes características do seguro privado e do SUS contribuem para uma convivência entre super e suboferta de serviços e tecnologias em ambos³⁰.

A taxa de cobertura da população brasileira com seguro é alta, em torno de 25% segundo a PNAD/IBGE, desde 1998 até a mais recente coleta de 2008³¹. O seguro duplica a cobertura de serviços de saúde para a maior parte da clientela, pois têm contrato com cobertura para serviços médicos e hospitalares mais de 90% dos segurados (PNAD 2003) e mais de 92% (ANS 2008)¹². Portanto, a ampla gama de serviços oferecidos para a quase totalidade dos segurados são semelhantes aos do SUS, mas muitas vezes com sofisticações, que lhes agrega a característica de suplementar, além de ser duplicada, o que é o ponto nevrálgico da relação público-privada.

Há diversos estudos nacionais³²⁻³⁸ que mostram iniquidades do sistema de saúde brasileiro. Uma das mais marcantes diz respeito ao subfinanciamento do SUS e ao subsídio fiscal permitido aos gastos privados. Outras se referem às desigualdades entre os segurados e os não segurados na oferta, no acesso e no uso de serviços, comportamento do profissional de saúde e ao próprio financiamento setorial, semelhantes às verificadas nos países com cobertura duplicada e, por vezes, acentuadas.

Como ocorre também nos países desenvolvidos, a distribuição da taxa de cobertura de seguro privado está associada à alta concentração da renda, maior quantidade de anos de estudo, regiões mais populosas e industrializadas, municípios de grande e médio porte, emprego formal. A população segurada tem maior longevidade e diferente perfil de mortalidade que a de todo o Brasil, com predomínio de doenças crônico-degenerativas incidindo em uma população mais idosa (perfil semelhante ao de países desenvolvidos): as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias têm maior participação percentual na mortalidade dos segurados³³⁻³⁵.

Sobressaem as desigualdades na oferta e no uso de serviços. Com exceção dos aparelhos para hemodiálise, a disponibilidade de oferta de leitos e de equipamentos de média e alta complexidades e custo é muito maior para os segurados que para uso pelo SUS. A grande parte dos leitos, equipamentos e unidades hospitalares privados e dos profissionais de saúde é compartilhada entre SUS e segmento suplementar^{12,27-30,39}, o que, sen-

do feito sem regras, permite aos prestadores a livre busca pela otimização da receita, combinando diferentes formas de trabalho, seja para o setor público, seja para o privado.

Alguns serviços do SUS são proporcionalmente mais usados por segurados que outros, como as internações para realizar exames e parto cesáreo e alguns atendimentos de alta complexidade (quimioterapia, radioterapia, hemoterapia ou hemodiálise) e outros de baixa complexidade (vacinação, injeção, curativo ou pronto atendimento) – estes últimos geralmente não cobertos pelo seguro privado e, portanto, não configurando a duplicação de cobertura. Outros serviços são proporcionalmente menos usados pelos segurados no SUS (consulta médica, consulta de agente comunitário ou parteira)¹².

Essas desigualdades ganham maior dimensão quando se observa o aumento da importância dos seguros privados para o financiamento dos serviços usados nas duas últimas décadas. Estudo da PNAD/IBGE realizado por Travassos⁴⁰ mostra que, se em 1981, 76% dos entrevistados foram internados pelo sistema público e previdenciário e 6% pelo seguro privado, em 2003 foram 67% e 21%, respectivamente, configurando um brutal aumento do peso do seguro nas internações e a correspondente diminuição no sistema público.

A análise dos estudos empíricos não deixa dúvidas que o problema a ser enfrentado não está no que é acrescido ao SUS (no “suplementar”). Está na “cobertura duplicada”, isto é, no que disputa com o SUS de maneira predatória aos direitos civis e interesses públicos. Daí a desmitificação de que o setor suplementar é o vilão do sistema de saúde e a importância em examinar os problemas advindos da cobertura duplicada.

Conclusões

O dilema da reconstrução do *welfare state* desde fins do século XX está na sustentabilidade da seguridade social universal. Este é um desafio para todos os países. O embate de forças ideológicas e do poder econômico sempre existirá nas sociedades, e as mudanças futuras dependerão do peso que seus atores vão conseguir exercer na defesa de suas ideias e apresentação de projetos para demandas por proteção social, trabalho, inclusão, garantia de eficiência na alocação dos recursos e de qualidade nos serviços, e demandas individuais.

Para garantir o sucesso da universalidade, o projeto não poderá desconsiderar o grau de exi-

gência de demandas individuais, que abrangem desde o desejo de escolha do paciente por estabelecimento, profissional, rapidez, disponibilidade de horário para realização do serviço e possibilidade de seu agendamento, até as possibilidades de escolha de tratamento e medicamento a serem consumidos e de incrementar a hotelaria do serviço. Para a adesão dos mais ricos ao SUS, será preciso incluir tais demandas no debate do que deve ser oferecido e como.

As evidências apresentadas contribuem para, com dados empíricos sobre a realidade dos sistemas de saúde, diminuir o ideário neoliberal que reza em favor da privatização de programas sociais e da redução das ações sociais do Estado, que faz parte da agenda neoliberal. Além disso, as evidências apoiam o ideário de proteção social ampla ao utilizarem os resultados empíricos para recomendarem o investimento no sistema público. E embasam tecnicamente a ideia de que o setor privado interfere no arranjo duplicado com consequências indesejáveis a um sistema nacional de saúde do ponto de vista de seus princípios de equidade e universalidade.

Essas conclusões afastam os pressupostos neoliberais de que o setor privado possa desonerar o sistema público, ao menos no caso dos sistemas duplicados. Com tais informações, é possível afirmar que o setor privado pode prestar serviços, mas jamais ser o responsável pela organização do sistema de saúde, que deve ser função do Estado. Por essa razão, uma forte regulação dos governos sobre a interferência dos seguros privados nos sistemas públicos é estratégica.

As evidências apresentadas neste artigo contribuem para desmitificar a existência do segmento suplementar como uma das causas da perversidade da segmentação no sistema de saúde brasileiro, pois esta é decorrente da cobertura duplicada. Mas esse refinamento do diagnóstico da situação do sistema de saúde brasileiro não diminui a dificuldade de enfrentar as desigualdades e garantir a universalidade, pois a cobertura duplicada ocorre simultaneamente à suplementar.

O enfrentamento das iniquidades derivadas da duplicação da cobertura que ocorre de forma predatória ao SUS só pode ter sucesso com políticas públicas de saúde elaboradas para defender a universalidade do SUS dos efeitos negativos do seguro privado. Tais políticas devem vir a ser, tal como a orientação para os países com o mesmo tipo de arranjo, exclusivamente voltadas à melhoria do sistema público, uma vez que este foi escolhido pela sociedade como principal forma de proteção à saúde.

Infelizmente, este não é o caminho que vem sendo seguido pela política de saúde brasileira quando a regulação dos seguros privados feita pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Agência Nacional de Saúde Suplementar, induz à ampliação da cobertura de serviços destes e, portanto da cobertura duplicada. A análise das regras regulatórias no período 1998-2009 feita por Santos¹² mostra o ascendente aumento do rol de procedimentos em direção de uma cobertura cada vez mais ampla como busca de garantir a integralidade da atenção à saúde para a população segurada.

Essa regulação tem sido feita de forma independente das relações público-privadas de financiamento, oferta e demanda que interferem no sistema de saúde brasileiro como um todo. Uma regulação que considere todo o mix público-privado deve ter em conta a ampla problemática advinda da relação entre o seguro privado e o sistema público para poder proteger os cidadãos, diminuir a segmentação e garantir a efetividade do princípio de universalidade.

Ademais, estratégias como subsídio fiscal para gasto privado com saúde e incentivo a planos para funcionários públicos confundem e prejudicam o sucesso da universalidade e devem ser

combatidas, não obstante seu enfrentamento não garanta o sucesso do SUS.

O sucesso da universalidade do sistema público depende da destinação do investimento dos recursos públicos, mas não só. É preciso investir em formas de o SUS atender às demandas dos segurados por diferenciais de serviço. É tentadora uma proposta em que o Estado incentive o maior desenvolvimento de um sistema puramente suplementar, especificamente nos serviços que não duplicam a cobertura do SUS. Mas a proposta ainda carece de maturidade técnica e política – sobretudo na sociedade brasileira, em que esse debate ainda é preliminar.

O desafio de garantir a universalidade e melhorar a qualidade dos sistemas públicos contemplando o mix público-privado está dado. A resposta para esse desafio ainda não existe e também vem sendo buscada nos demais países com sistemas universais.

Ainda há muito que avançar no desenvolvimento de um arranjo público-privado que atenda mais aos interesses do SUS que dos seguros privados, de forma a proteger a universalidade de nosso sistema público dos riscos da segmentação do sistema de saúde em seu conjunto, mas estamos no caminho certo quando identificamos seus entraves.

Agradecimento

A Maria Alicia Dominguez Ugá, pelo acompanhamento e discussão de grande parte deste trabalho; a Bárbara Pellegrini, pelos comentários na revisão do texto.

Referências

- Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Andrade LOM, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 563-614.
- Roemer M. National Health System as market interventions. *Journal of Health Policy* 1989; 10(1):62-77.
- Mendes EV. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- Rodrigues PH, Santos IS. *Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS*. São Paulo: Atheneu; 2008.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Private health insurance in OECD countries*. Paris: OECD; 2004.
- Mossialos E, Thompson SMS. *Voluntary health insurance in the Europe Union*. Copenhagen: World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.
- Colombo F, Tapay N. *Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems*. Paris: OECD; 2004. (OECD Health Working Papers, n. 15).
- Chernichovsky D. *The public-private mix in the modern health care system: concepts, issues, and policy options revisited*. Working Paper n. 7881. Cambridge: NBER; 2000.
- Tuohy CH, Flood CM, Stabile M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD Nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2004; 29(3):359-396.
- Vera-Hernández A. Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. *Health Economics* 1999; 8(7):579-598.
- Couffinhal A. *Concurrence en assurance santé entre efficacité et sélection (competition in health insurance: between efficiency and selection)* [dissertation]. Paris: Université Paris IX-Dauphine; 1999.
- Santos IS. *O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
- Cutler DM, Gruber J. Does public insurance crowd out private insurance? *NBER Working Paper* 1995; 5082.
- Cutler DM. Health care and the public sector. *NBER Working Paper* 2002; 8802.
- Marquis MS, Long SH. Public insurance expansions and crowd-out of private coverage. *Medical Care* 2003; 41(3):344-356.
- Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health Economics* 2004; 13(7):689-703.
- Fusté J, Séculi E, Brugulat P, Medina A, Juncà S. Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario: cuál es la diferencia? *Gac Sanit* 2005; 19(1):15-21.
- Álvarez MLG, Barranquero AC. Differences in health care utilization due to supplementary private health insurance: a switching regression analysis. *Health and Ageing* 2008; 19:6-10.
- González P. On a policy of transferring public patients to private practice. *Health Econ* 2005; 14:513-527.
- Jones AM, Koolman X, van Doorslaer E. The impact of having supplementary private insurance on the use of specialists in selected European countries. 2005. [documento na Internet]. [acessado 2006 out 4]. Disponível em: <http://www2.eur.nl/bmg/ecuity/ecuityiiiwp.htm>
- Vargas MH, Elhewaihi M. What is the impact of Duplicate Coverage on the demand for health care in Germany? *A Summary. Health and Ageing* 2008; 19:10-12.
- Cervera VC, López i Casasnovas G, González AP. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas. Informes de la Fundació Victor Grífols i Lucas n. 4*. Barcelona: Fundacion Grifole; 2006.
- González López-Válcárcel BG, Pérez PB. *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España*. Espanha: Laboratorio de Alternativas; 2006. (Documento de Trabajo, n.º 90).
- Saltman RB. Melting public-private boundaries in European health systems. *Eur J Public Health* 2003; 13(1):24-29.
- van Doorslaer E, Koolman X, Puffer F. Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved? In: van Doorslaer E, Koolman X, Puffer F, editors. *Measuring up: improving health systems performance in OECD countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2002. p. 225-248.
- Rodríguez M. Los copagos en atención médica y su impacto sobre la utilización, el gasto y la equidad. In: Puig-Junoy J, organizador. *La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC 1*. Barcelona: Fundació Rafael Campalans; 2008.
- Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Cien Saúde Colet*. 2007; 12(2):429-436.
- Porto SM, Santos IS, Ugá MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Cien Saude Colet*. 2006; 11(4):895-910.
- Conill EM, Pires D, Sisson, MS, Oliveira MC, Boing AF, Fertoni HP, Kalinowski CE, Córdova FP, Mazur CS, Matos TA, Pereira JCC, Oliveira GD, Etges M, Vieira R, Santos L. Relação público-privado e arranjos técnicos assistenciais na utilização de serviços de saúde: um estudo de itinerários terapêuticos na região sul. In: Ceccin R, organizador. *Relatório de pesquisa, Rede de Centros Colaboradores em Saúde Suplementar: Núcleo Sul*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

30. Cordeiro HA, Conill EM, Santos IS, Bressan AI. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
32. Ugá MAD, Santos IS. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad Saude Publica** 2006; 22(8):1597-1610.
33. Sasson D, Silveira DP, Santos IS, Machado JP, Souza SMM, Mendes S. Diferenças no perfil de mortalidade da população brasileira e da população beneficiária de planos de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
34. Albuquerque C, Piovesan MF, Santos IS, Martins ACM, Fonseca AL, Sasson D, Simões KA. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Cien Saude Colet** 2008; 13(5):1421-1430.
35. Bahia L, Luiz RR, Salm C, Costa AJL, Kale PL, Cavalcanti MLT. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. **Cien Saude Colet** 2006; 11(4):951-965.
36. Carvalho G. Gasto com Saúde no Brasil em 2006 [documento na Internet]. 2007 [acessado 2007 maio 10]. Disponível em: http://www.idisa.org.br/site/paginas/visualiza_subcategoria.php?sub=324
37. Gerschman S, Veiga L, Guimarães C, Ugá MAD, Portela MC, Vasconcellos MM, Barbosa PR, Lima SML. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. **Cien Saude Colet** 2007; 12(2):487-500.
38. Oliveira CMF. **Utilização dos serviços do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
39. Noronha JC, Santos IS, Pereira TR. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: Santos N, Amarante PDC, organizadores. **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.
40. Travassos CM. O sistema de saúde no Brasil nos últimos 20 anos: uma análise com base nos suplementos saúde da PNAD. Abrasco. **VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Porto Alegre: Abrasco; 2008.

Artigo apresentado em 22/09/2010

Aprovado em 25/11/2010

Versão final apresentada em 17/03/2010